

**Informe de la IV Reunión Nacional de Trabajo de Sida en
Inmigrantes y Minorías Étnicas**

12 y 13 de Diciembre 2002

Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida

MSC

Indice

1. Objetivo y justificación de la convocatoria.

2. Resultados

3. Conclusiones

4. Anexo 1. Lista de participantes

5 Anexo 2. Programa de la Reunión

1. Justificación y objetivo de la Convocatoria

La Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS) contempla, dentro de su objetivo de prevenir nuevas infecciones por el VIH, el desarrollo de intervenciones preventivas dirigidas a distintos grupos de población vulnerables y entre ellos la población inmigrante y las minorías étnicas.

La SPNS es además el punto focal nacional del Programa Europeo para la prevención de la infección por VIH /sida en población inmigrante, AIDS and Mobility, y una de las funciones como tal Punto Focal es reforzar la red nacional de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y asociaciones que trabajan en prevención de la infección por el VIH/sida en personas con país de origen distinto a España.

Por todo esto, como en años anteriores, y con el objetivo de continuar avanzando en el desarrollo de políticas de intervención y de estrategias de actuación se ha organizado la Cuarta Reunión de Trabajo sobre Prevención del VIH/sida en Inmigrantes y Minorías Étnicas. Dicha reunión se celebró los días 12 y 13 de diciembre de 2002 en la Escuela Nacional de Sanidad, Madrid.

A esta reunión fueron convocados representantes de ONGs que trabajan en VIH/sida, asociaciones de inmigrantes, coordinadores y personal técnico de los Planes Autonómicos sobre Sida y personal sanitario y social que trabaja con población inmigrante y minorías étnicas. Asistieron un total de 80 personas (en los anexos figura la lista de participantes y el programa de la reunión).

Hasta la fecha, los casos de sida en España se distribuían por igual entre población autóctona y población inmigrante, en proporción a su peso poblacional. Sin embargo, en los últimos años, se está observando una clara tendencia ascendente en el número de nuevos diagnósticos, tanto de infección por VIH como de casos de sida, en personas con país de origen diferente a España, en contraste con la marcada disminución que se ha producido en la población autóctona.

La situación de inmigración, ilegalidad, exclusión y discriminación puede constituir un importante factor de vulnerabilidad frente al VIH pero el riesgo de

infección por este virus dependerá de los comportamientos que se adopten. Por lo tanto, la estrategia de prevención que la SPNS se plantea para el colectivo de inmigrantes no difiere de la estrategia que se sigue para la población no inmigrante. Es decir, aquella basada en dos pilares complementarios: las intervenciones universales dirigidas a la población en general, en la que se incluye a los inmigrantes pero contemplando sus antecedentes lingüísticos y culturales, y las intervenciones específicas dirigidas a reducir los comportamientos de riesgo para el VIH.

Para que estas intervenciones sean efectivas en la población inmigrante, deben adaptarse a las características y las necesidades concretas de estos grupos de población. Tenemos que tener en mente que el inmigrante, independientemente de su situación legal, social o económica, se enfrenta a dificultades que derivan del hecho de encontrarse en un entorno que no es el suyo propio y que, por lo tanto no puede beneficiarse de los recursos disponibles en igual medida que la población autóctona. Añadamos, a este hecho, problemas de idioma, comunicación, legalidad, económicos, etc. Por esto la SPNS considera que el esfuerzo debe ir enfocado, no hacia estrategias diferentes, sino a adecuar las actividades y los programas existentes considerando los antecedentes sociales, lingüísticos y culturales que determinan los principios sobre la salud de estas personas.

En esta IV reunión se actualizaron: la situación migratoria en España, la situación de la infección por VIH/sida en la población inmigrante y las actividades del Programa Europeo AIDS and Mobility, Se incluyó, también, una ponencia sobre las actividades de prevención del VIH/sida en población inmigrante y minorías étnicas realizadas por la SPNS.

Asimismo se propuso trabajar sobre cómo llevar a cabo esta adecuación, para lo cual se desarrollaron dos mesas redondas. En la primera mesa se propuso discutir cómo establecer colaboraciones entre las asociaciones de inmigrantes y las ONGs que desarrollan actividades de prevención de la infección por VIH, para conseguir que estas actividades sean más adecuadas y por lo tanto más efectivas para la población inmigrante.

En la segunda se discutió el acceso de la población inmigrante al sistema sanitario, la adecuación de los servicios sanitarios existentes en España

(atención primaria, clínicas de Infecciones de transmisión sexual, hospitales, etc.) para facilitar el acceso y la utilización de estos recursos por parte de la población inmigrante.

Finalmente se presentó una ponencia sobre la infección por VIH/sida en población inmigrante en el medio penitenciario.

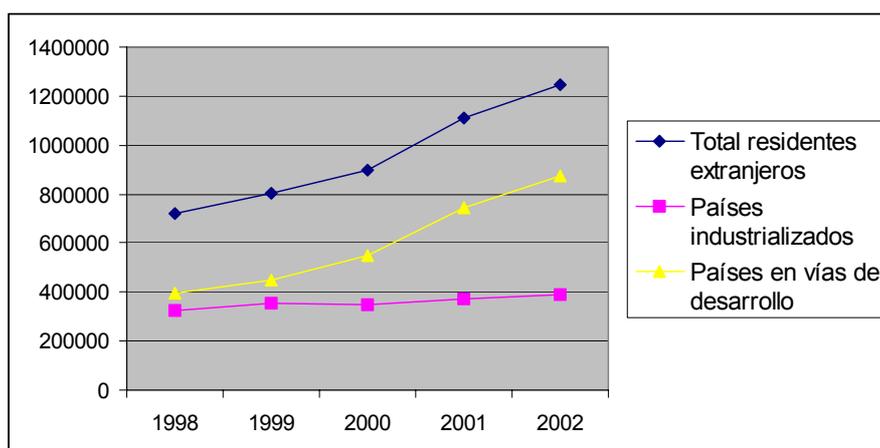
Resultados:

Características de la población inmigrante en España: Datos presentados por el Colectivo IOE

Según el Ministerio de del Interior, en el año 2002 vivían en España un total de 1.243.919 extranjeros, 871.892 procedentes de países en vías de desarrollo y 388.217 de países industrializados (figura1). Según estas cifras el porcentaje de la población española que es extranjera oscila alrededor del 3%. Sin embargo, los 170.000 extranjeros que ya han obtenido la nacionalidad española y otros 400.000 que están en proceso de regularizar su situación administrativa no están incluidos en estas estadísticas. Se estima, por lo tanto, que en España viven alrededor de 2.000.000 de extranjeros (aproximadamente el 5% de la población española).

El número de inmigrantes en España ha aumentado considerablemente durante los últimos años. Este aumento se debe especialmente a personas procedentes de países en vías de desarrollo. De hecho el número de extranjeros que viven en España procedentes de países en vías de desarrollo en la actualidad es 4 veces mayor que en 1995 (figura1).

Figura 1. Residentes extranjeros residentes en España



A pesar de este aumento en el número de inmigrantes en España, el porcentaje de la población española que es extranjera (3% oficial, 5% estimado) está por debajo de la media de la Unión Europea (5,1%), y muy por debajo de algunos países europeos como Luxemburgo, Austria, Alemania y Bélgica (Tabla 1) La distribución por edad de la población inmigrante en España varía según el país de origen. Los inmigrantes procedentes de países industrializados son mayores que aquellos procedentes de países en vías de desarrollo. Asimismo, dependiendo de la región de origen hay un predominio de hombres sobre mujeres (países africanos) o viceversa (países latinoamericanos).

Tabla 1. Población extranjera en diferentes países Europeos

País	Población extranjera 1999	% población total
Luxemburgo	159.000	36.0%
Austria	748.000	9.2%
Alemania	7.343.000	8.9%
Bélgica	897.000	8.8%
Francia	3.263.000	5.6%
Unión Europea	19.062.000	5.1%
España (Estimada)	2.000.000	5.0%
España (Oficial)	1.200.000	3.0%

La mayoría de los inmigrantes en edad laboral están trabajando. El 75% de sus ingresos lo gastan en España y sólo el 25% se envía a su país de origen.

Un estudio llevado a cabo por el colectivo IOE revela que cuando se preguntó en que situaciones percibían mayor discriminación, buscar una vivienda se colocaba en primer lugar seguido por el trabajo.

Epidemiología de la infección por VIH/sida en población con país de origen diferente a España: Datos presentados por el Centro Nacional de Epidemiología

El Registro Nacional de Sida recoge la variable “país de origen”. Esta es la única variable que tenemos para estimar la incidencia de sida en población inmigrante.

El número acumulado de casos de sida en España desde el principio de la epidemia hasta junio 2002 es de aproximadamente 65,000. De ellos 1.457 ocurrieron en personas con país de origen diferente de España. De estos, 568 (39%) venían de Europa, 392 (27%) de América, (34 de EEUU y el resto de América Central y Sudamérica), 307 (21%) del África Sub Sahariana, 127 (9%) del Norte de Africa, 49 (3%) de Asia, 4 de Oceanía y en 10 casos no se especificaba.

La incidencia anual de casos de sida en personas con países de origen diferente a España ha sufrido importantes cambios desde el principio de la epidemia, observándose un incremento continuado desde 1993. Por el contrario en el conjunto de la población española se observa un descenso en el número de casos nuevos de sida (Figuras 2 y 3).

Figura 2. Casos nuevos de sida en personas con país de origen diferente a España

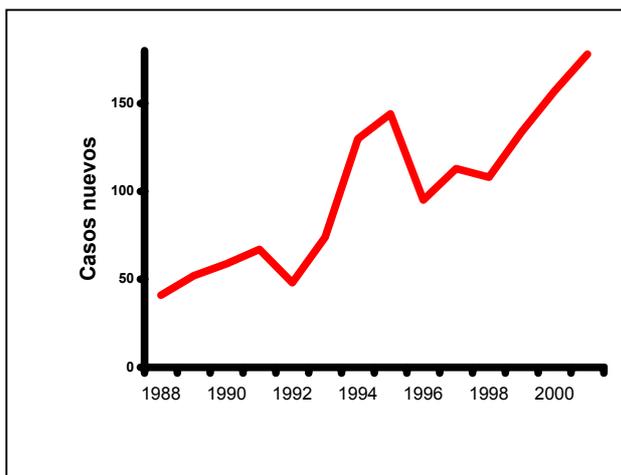
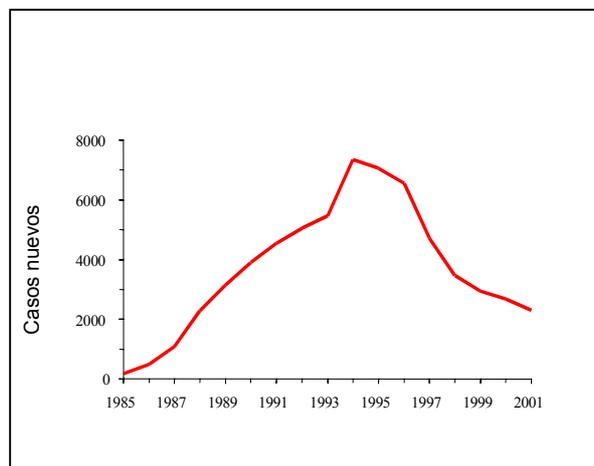


Figura 3. Casos nuevos de sida en la población española



Al incremento en el número de nuevos casos de sida en personas con país de origen distinto a España contribuyen personas procedentes de todas las regiones menos Asia (Figura 4). Dentro de Europa, Portugal es el país que contribuye con mayor número de casos y dentro de Africa, la región del Africa Sub Sahariana (Figura 5).

Figura 4. Casos de Sida según la región de origen

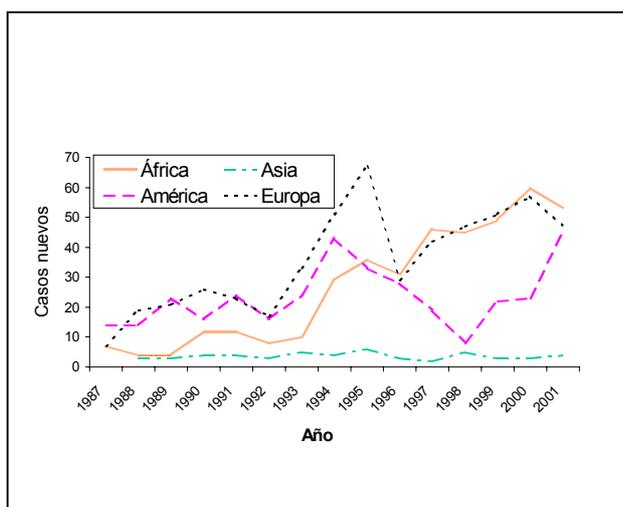
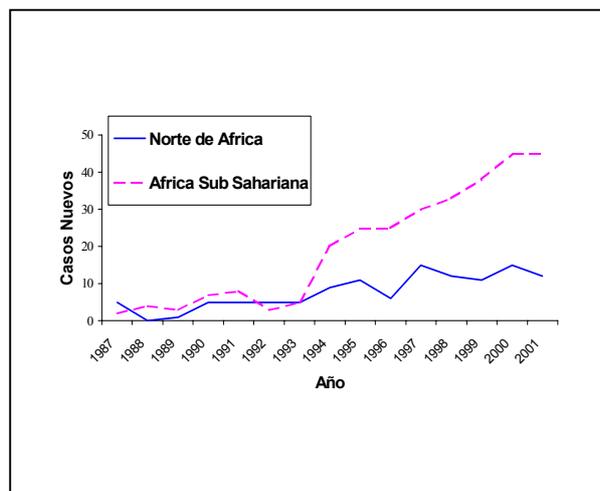
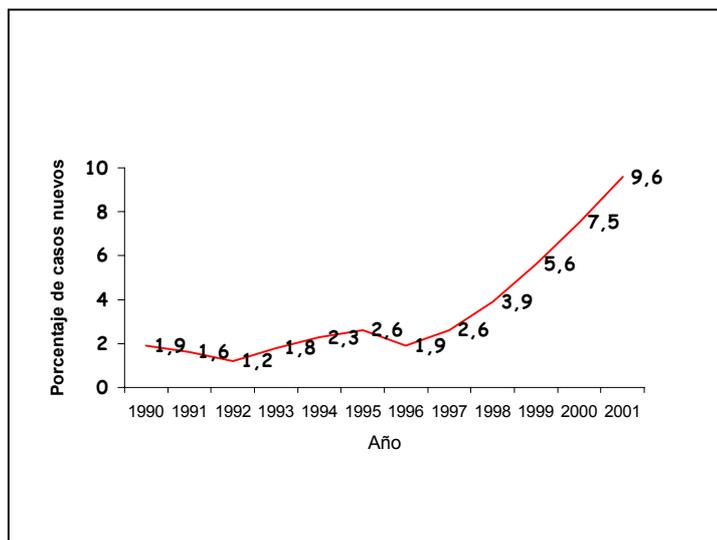


Figura 5. Casos de sida procedentes de Africa



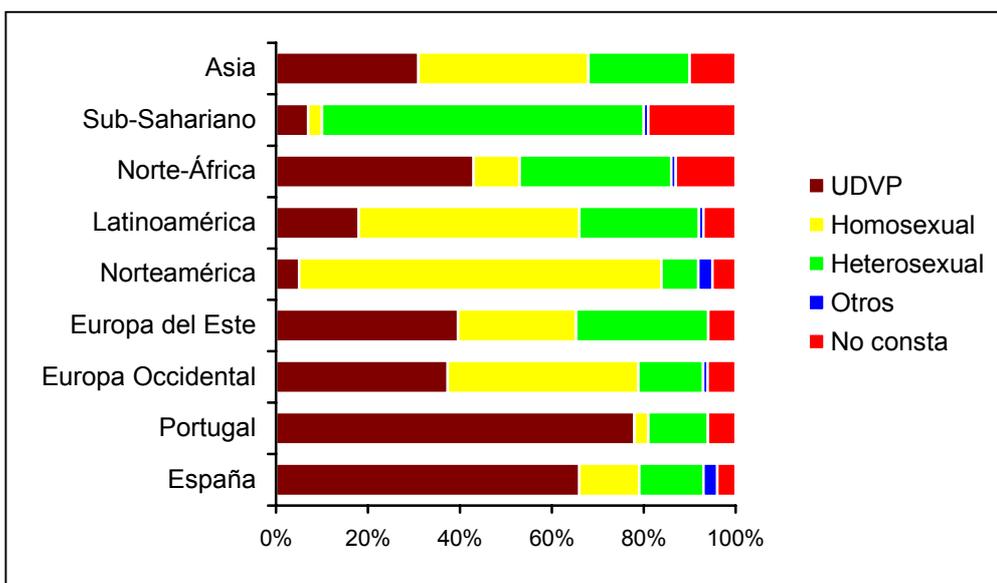
Como resultado se observa un incremento en la proporción de casos correspondientes a personas con país de origen diferente a España. De hecho, el 9,6% de los casos nuevos de sida para el año 2001 ocurrieron en personas con país de origen que no es España comparado con 1,2% en 1992 (Figura 6).

Figura 6. Porcentaje de casos de sida correspondientes a personas con país de origen diferente a España



La distribución de casos de sida según la vía de transmisión del virus se asemeja a la distribución en el país de origen excepto en las personas procedentes del Norte de Africa donde aproximadamente el 50% de las personas se infectaron por inyectarse drogas por vía intravenosa y esta práctica no es común en su región de origen (Figura 7).

Figura 7. Distribución de los casos de sida por categoría de transmisión



Aún así, España continua siendo el país europeo con menor número de casos acumulados en población inmigrante (2,7%). La epidemia en España siempre se ha considerado autóctona.

En España no existe un Registro Nacional de infección por VIH aunque en tres comunidades autónomas y la corona metropolitana de Madrid se ha instaurado un sistema de vigilancia poblacional. Según este sistema de vigilancia, la infección por VIH en personas extranjeras se mantuvo por debajo del 10% hasta 1997. Sin embargo, en los últimos años ha experimentado un incremento tanto en el porcentaje como en el número absoluto de nuevas infecciones, de forma que en 2001 el 25% de todos los casos nuevos de VIH correspondieron a personas con país de origen distinto a España.

Los datos analizados hasta la fecha correspondientes al primer semestre de 2002 apuntan hacia cifras todavía mayores.

Actividades de la Secretaria del Plan Nacional sobre el sida en inmigrantes y minorías étnicas

Desde 1998 la población inmigrante es un grupo prioritario para la SPNS como queda reflejado en los Planes Multisectoriales 1997-2000 y 2001-2005. Las actividades que se están llevando a cabo incluyen:

- Vigilancia epidemiológica de los casos de VIH/sida en personas extranjeras y publicación de los datos
- Transferencia de fondos a las Comunidades Autónomas e inclusión de la población inmigrante entre los grupos prioritarios destinatarios de programas de prevención
- Apoyo técnico y financiero para la realización de proyectos de prevención de VIH/sida en población inmigrante. Todos los años la SPNS saca una convocatoria pública para la financiación de proyectos de ámbito nacional. Desde 1998 los proyectos dirigidos a la población inmigrante son prioritarios a la hora de ser financiados. Aunque en la convocatoria del 2002 solo 5 de los 53 proyectos que se financiaron estaban dirigidos exclusivamente a

inmigrantes, otros proyectos destinados a subgrupos de población vulnerables incluyen a inmigrantes entre su población diana.

- Realización de campañas de prevención dirigidas a la población general en diferentes idiomas. La campaña se inició en el 2001 en 5 idiomas, francés, inglés, español, portugués y árabe. En 2002 se ha reeditado incluyéndose 3 idiomas más: chino, ruso y polaco.
- Fortalecimiento de las redes nacionales e internacionales de VIH/sida en Inmigrantes, organizando reuniones de trabajo como la presente, financiando visitas de intercambio entre diferentes asociaciones de inmigrantes y/o ONGs que trabajan en prevención del VIH/sida a fin fomentar la colaboración entre ellas.
- Otras actividades incluyen la publicación de informes, libros, actualización de la página web en temas de VIH/sida en inmigrantes, etc

Acceso a programas de prevención

La población inmigrante debería poder beneficiarse de los programas de prevención del VIH/sida existentes desde los centros sanitarios y educativos, tanto de los realizados por la administración pública como de aquellos ejecutados por diferentes ONGs en el ámbito comunitario. Para que esto ocurra estos programas deberían estar adaptados a las características y necesidades reales de los diferentes grupos de población inmigrante. Es imprescindible que exista una estrecha colaboración entre ONGs que trabajan en el tema de VIH/sida y las asociaciones de inmigrantes.

La colaboración entre asociaciones culturales y ONGs que trabajan en sida es viable como por ejemplo la experiencia de la comisión ciudadana anti-sida de Bizkaia y ATIME y la Fundación Triángulo, entre otras. Una clave para el éxito es la incorporación de las personas inmigrantes en el diseño y la ejecución de los programas. No obstante, a juicio de las asociaciones culturales de inmigrantes queda mucho por hacer para que esa colaboración sea satisfactoria y fructífera. Las asociaciones culturales de inmigrantes creen que

las ONGs que trabajan en sida son más poderosas y a menudo menosprecian la aportación de las asociaciones de inmigrantes y que sólo recurren a ellos en caso de necesitar contactos. Por el contrario las ONGs que trabajan en sida se quejan de que muy a menudo solicitan esa colaboración con asociaciones de inmigrantes sin recibir respuesta favorable por su parte. Otro tema a tener en cuenta es la poca representación de las mujeres inmigrantes (y de sus problemas) en las asociaciones culturales. Se sugiere que una buena estrategia para la prevención del VIH/sida sería el aumento de la cooperación internacional para el desarrollo de programas en los países de origen.

Acceso al sistema sanitario.

A pesar de que con la última modificación de la ley de extranjería el acceso a la sanidad pública es relativamente fácil para la población inmigrante que vive en España (siempre que tenga algún documento de identificación que le permita empadronarse) la realidad es que la población inmigrante no se beneficia de la sanidad pública en la misma medida que la población autóctona. Esta infrautilización y el no beneficiarse íntegramente de los servicios que ofrece el sistema sanitario se debe a una serie de barreras internas y externas. Las barreras internas son aquellas relacionadas con la toma de decisión de acudir a un centro sanitario. Esta toma de decisión va a depender, por un lado, de la percepción de enfermedad y de lo que se considera normal o de la percepción de riesgo para ciertas enfermedades así como de la información que se disponga sobre dónde acudir, cómo está organizada la sanidad pública y qué servicios ofrece. Igualmente, la toma de decisión va a estar influenciada tanto por las necesidades primarias que se tengan como por el lugar que ocupe la prevención y la salud en la escala de prioridades y por los temores que se puedan tener (trato que se va a recibir, no entenderse correctamente, ser identificado en caso de tener una situación administrativa irregular, perder el trabajo si el horario de consulta coincide con el laboral, afrontar unos gastos económicos que no siempre pueden afrontar, sobre todo si tenemos en cuenta que en la mayoría de sus países de origen la sanidad no es gratuita, etc.)

Las barreras externas son aquellas que se encuentran una vez que se ha tomado la decisión de acudir a un centro sanitario. Estas pueden ser barreras

administrativas, barreras legales (desconocimiento de sus derechos), barreras de comunicación (lenguaje, pero también la forma de expresar la sexualidad, falta de material escrito sobre prevención o pautas de tratamiento en su idioma), barreras culturales (entorno, recomendaciones culturalmente adecuadas, tiempo que se dedica, cuestiones de género, etc.), barreras que se crean por la relación entre el profesional sanitario y el paciente (actitudes xenófobas, poco tiempo dedicado a explicar con claridad el diagnóstico y el tratamiento a seguir, poco conocimiento por parte del sanitario del fenómeno de la migración, etc.)

Se ha identificado la necesidad de que exista un “profesional” que actúe como puente entre la comunidad de inmigrantes y el sistema sanitario. Estos profesionales, preferentemente originarios del país o de la región de la población inmigrante en cuestión, actuarían por un lado en la comunidad y por otro como personal de los centros del sistema sanitario. En la comunidad, dirigiéndose a esas personas que no tienen acceso a la información sobre prevención o utilización de los servicios sanitarios, promoviendo el diagnóstico precoz de la infección por VIH e intentando evitar que se produzcan temores de todo tipo al conocer su situación de seropositividad, acompañándoles a la hora de pedir hora para visitas, papeleos, etc.

En los centros sanitarios actuando como traductores e intérpretes, facilitando información a los profesionales de la salud para que conozcan la realidad de los inmigrantes y les den un mejor servicio adecuado a sus necesidades.

Se presentaron varios programas que están en marcha en España en la actualidad como por ejemplo el programa de **Prevención del VIH/SIDA en Población Inmigrante: una Estrategia de Promoción de Salud Basada en la Educación entre Iguales. Un ejemplo de mediación en Salud con Colectivos de Inmigrantes** que se está llevando a cabo en Madrid en el Instituto de Salud Carlos III y en el que se han formado 24 personas como educadores de pares. Estos a su vez han llevado a cabo una serie de intervenciones individuales y grupales y han accedido a un total de 685 personas de los colectivos marroquí, sub sahariano y dominicano.

Otro ejemplo de formación en este tema de mediador es el que acaba de comenzar en IMEFE (Ayuntamiento de Madrid) dentro del Programa “Itinerario

Integrado de Inserción Sociolaboral” con el curso de **Mediador Intercultural Sociosanitario para Ciudadanos/as de Origen Extranjero y Minorías Étnicas** de 300 horas de duración. Por el momento 60 personas están realizando el curso.

También se presentó el programa **Agente de Salud Comunitario** que se está llevando a cabo en Barcelona en la Clínica Drassanes. La figura de Agente de Salud Comunitaria es preferentemente un miembro de la comunidad que va a actuar en tres ejes: sociocultural (funciones de traducción, interpretación, análisis de la estructura sanitaria y cuestiones prácticas o análisis de los programas de prevención para detectar posibles aspectos negativos de cara a la comunidad), de salud (explicar el diagnóstico y el tratamiento, para mejorar la adherencia al mismo, facilitar información sobre la salud o facilitar el acceso de la comunidad al centro de salud) y de la comunidad (fortalecer la comunidad para reducir la vulnerabilidad de sus miembros).

Es importante recalcar la labor de información y sensibilización de los profesionales sanitarios ante el fenómeno de la inmigración para una mejor comunicación entre el médico y el paciente. La necesidad de esta comprensión mutua es de especial importancia para aquellas personas que viven con el VIH y que están en tratamiento con fármacos antiretrovirales dada la complejidad de los regímenes terapéuticos y las desventajas de una incorrecta adherencia al mismo.

Prevención de VIH/sida en instituciones penitenciarias. Población inmigrante recluida.

Según un estudio realizado en la cárcel Madrid 2 de Alcalá de Henares, la población inmigrante recluida presenta por lo general un estado de salud más favorable que la población autóctona.

La incidencia de VIH no es superior a la observada en la población española.

Conclusiones /Recomendaciones

1. Algunos participantes señalaron que la ley de extranjería necesita ser revisada para que el proceso de regularización de la situación administrativa sea más ágil, los permisos de trabajo se otorguen con mayor rapidez y las condiciones de trabajo y por consiguiente las condiciones de vida mejoren en la población inmigrante. Una mejora en las condiciones sociales conlleva una mejora en la salud.
2. La información que recoge el Registro Nacional de Sida ha de ser útil para identificar necesidades de intervención. Sin embargo, hay que tener precaución para que la información no sea utilizada con fines negativos. El sistema de vigilancia epidemiológica aún no recoge variables tales como el grupo étnico, posible lugar de contagio o fecha de entrada en España.
3. La población inmigrante debería poder beneficiarse de la red de servicios generales de prevención existentes y no tener que crear sistemas paralelos. Para que esto ocurra, los programas de prevención de VIH/sida han de ser adaptados a las diferentes poblaciones de inmigrantes. La información debe ser culturalmente adecuada y en los idiomas necesarios para su comprensión. Es necesario buscar vías de información alternativas para garantizar que la información llegue a la población diana. La colaboración entre ONGs que trabajan en prevención de VIH/sida y las asociaciones de inmigrantes es esencial para que estos programas sean útiles para la población inmigrante. Es necesario seguir trabajando para aumentar esta colaboración y solventar las diferentes percepciones que existen en la actualidad y dificultan el proceso.
4. Aunque la mayoría de los inmigrantes tienen acceso gratuito a la asistencia sanitaria, existen una serie de barreras para el buen aprovechamiento, por parte de la población inmigrante, de los servicios de salud disponibles. Para disminuir estas barreras se propone la actuación de mediadores que intervendrían a diferentes niveles. Un aspecto importante donde intervenir es la relación médico-paciente para intentar mejorar la comunicación entre estos, máxime cuando se tratan temas tan íntimos como las relaciones

sexuales que se pretenden modificar. Asimismo para una buena comunicación es preciso habilitar el tiempo suficiente de consulta.

Anexo 1

Lista de participantes

Participante	Institución a la que representa
1 Abui Foja	
2 Alí Kadhim Qassim	Escuela de mediadores Sociales para la Inmigración
3 Almudena Echevarría González	Cruz Roja
4 Ana María López Zúñiga	Asociación Lucha contra el Sida. T-4
5 Ana Trujillo	Ex Aequo
6 Andrés Hervás Carreño	IMEFE
7 Anna Rodés Monegal	SPNS
8 Carlos Álava Urraburu	Médicos sin Fronteras
9 Carme Ollé Rodríguez	SASSIR. Servicio. Atención Salud Sexual i Reproductiva
10 Carmen Audera López	SPNS
11 Carmen Barrios Mendo	SPNS
12 Carmen Buendía Sánchez	Cruz Roja. Oficina Autónoma. de Murcia
13 Carmen Martínez Aguayo	Fundación Progreso y Salud
14 Carmen Pérez Portabales	Dirección General de Acción social del Menor y de la Familia
15 Catalina Mikué Ndong Miaga	Asociación Hispana Africana para el Desarrollo Humano
16 Catalina Marcos	Servicio Aragonés de Salud
17 Catalina Zaragoza Lorca	Stop Sida
18 Concha Colomo	Ayuntamiento de Madrid. Area de Salud y Consumo
19 Concha Santos	Plan Regional de Sida de la Comunidad de Valencia
20 Cristina Menoyo Monasterio	SPNS
21 Cristina Sánchez Guillén	IMEFE
22 Cristina Sanclemente Sierra	Ambit Prevenció
23 Delvis Juan Ramírez Solano	IMEFE
24 Elena del Cacho del Cacho	Servicio de Farmacia. Hospital Clínico de Barcelona
25 Fátima Benlamri	Servicio de Mediación Social Intercultural

26	Francisca Martín Bullón	Asociación Universida
27	Francisca Ruiz Moreno	Asociación Anti-sida Málaga (ASIMA)
28	Francisco Parras Vázquez	SPNS
29	Gemma Vela López	Asociación Universida
30	Georg Bröring	Aids and Mobility
31	Ignacio Fernández Martín	Médico de la Prisión Madrid 2
32	Indalecio Cruz González	Comité Anti-sida de la Coruña
33	Inmaculada Polo Langa	OCASA. Centro Alba
34	Isabel Blázquez Rodríguez	ISC III
35	Isabel Hernández Sahagún	Federación de Comités Ciudadanos Antisida de Castilla y León (FECCAS)
36	Javier Manuel Pretel Pretel	OFRIM
37	Jesús Castilla	SPNS
38	Jesús Edisón Ospina Valencia	Asociación Catalana de Ayuda al Refugiado. Barcelona
39	Joan Tallada Martínez	GTT
40	John Ekow Ampan	
41	Jordi Delas Amat	Ex Aequo
42	José Antonio Moula Silo	Omowale. Inmigración Africana
43	José Manuel Lorenzo López	Plan del Sida del País Vasco
44	Juan Estrada	Maleva
45	Leyre García Iturriobeitia	CASMU
46	Lourdes Vázquez	Médicos sin Fronteras
47	Lucía Mazarrasa	ISC III
48	Luis Prada Arnal	Comisión Ciudadana Antisida de Aragón
49	M ^a Dolores Martínez Sáenz	Comisión Ciudadana Antisida de La Rioja
50	M ^a José Mínguez Ballesta	Cruz Roja. Oficina Autónoma de Murcia
51	M ^a Ángeles Rodríguez Arenas	Médicos del Mundo- España
52	Marcelino Bondjale	Maleva
53	María del Henar Marcos Rodrguez	Junta Castilla y León
54	María del Socorro Ramos Romano	Asociación Ciudadano Cántara Antisida

55	María Dolores Rodríguez	CREFAT
56	María José Belza	SPNS
57	María José Fuster Ruiz de Apodaca	Coordinadora Estatal de VIH/SIDA. CESIDA
58	Maria Morales Moreno	APRAM
59	Maricela Villaraga Tovar	Asociación Universida
60	Marisa Martínez Blanco	ISCIII
61	Mercé Meroño Salvador	Ambit Prevenció
62	Michel Ange Kambire Ible	Pueblos de las Naciones
63	Miguel Angel Torres Paño	Coordinadora Estatal de VIH/SIDA. CESIDA
64	Mina Rouch	Centro Internacional Médico para Migrantes y Extranjeros (CIMME)
65	Mireia Canals Salomo	Centro Internacional Médico para Migrantes y Extranjeros (CIMME)
66	Mónica Suárez Cardona	SPNS
67	Nerea Garaizar Velasco	Comisión Antisida de Bizkaia
68	Norberto Masa Okapo	El colectivo de inmigrantes
69	Nuria Mestre	Plan Regional de Sida de Cataluña
70	Ousseynou Niang	Asociación Catalana de Ayuda al Refugiado. Barcelona
71	Paz Hernández Blanco	Cruz Roja Española
72	Pilar Lobato Astorga	Fundación Progreso y Salud
73	Purificación Jaén	SPNS
74	Raquel Venegas López	El colectivo de inmigrantes
75	Rocío Mora Nieta	APRAM
76	Rogelio López Vélez	Servicio de Enfermedades Infecciosas . Hospital Ramón y Cajal
77	Sofia del Pino Vega Benítez	Asamblea Provincial de Cruz Roja
78	Thomas Holbrook	Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia
79	Victor Bobis Figuerolas	ACCASO
80	William Mejias Navarro	GTT

Anexo 2

PROGRAMA DE LA REUNIÓN

Jueves 12 de Diciembre

11.30 a 11.40

Bienvenida. **Francisco Parras Vázquez. Secretario del Plan Nacional sobre el Sida, Madrid**

11:40 a 12:00

Actividades de AIDS and Mobility en el 2002 y perspectivas futuras. **Georg Bröring.**

AIDS and Mobility, Holanda

12:00 a 12:30

Actualización de la situación migratoria en España. **Asociación IOE, Madrid**

12:30 a 12:50

Actualización de la situación epidemiológica de VIH/sida en personas con país e origen diferente a España. **Jesús Castilla. SPNS, Madrid**

12:50 a 13:10

Estrategias y actividades del Plan Nacional sobre el Sida en el año 2002.

Anna Rodés/ Carmen Audera. SPNS, Madrid

13:10 a 13:45 Discusión

14:00 16:00 Comida

16:00 a 18:00

Mesa redonda. Moderadora: **María José Belza. SPNS, Madrid**

Acercamiento de las asociaciones culturales de inmigrantes a las ONGs que trabajan en prevención del sida.

Thomas Holbrook. Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia, Bilbao

John Ekow. FASUR, Algeciras

Norberto Masa. Asociación Cultural Colectivo de Inmigrantes Independientes, Sevilla

Viernes 13 de Diciembre

9:00 a 11:30

Mesa redonda. Moderadora: **Cristina Menoyo. SPNS, Madrid**

Como mejorar el acceso y la utilización del sistema de salud por parte de la población inmigrante. El papel de los formadores de pares, mediadores socio sanitarios, centros de Enfermedades de Transmisión Sexual, centros de Atención primaria y centros hospitalarios.

- Programa de formación de pares- **Marisa Martínez. Instituto de Salud Carlos III, Madrid**

- Programa de formación de mediadores socio sanitarios

Andrés Hervás /Delvis Juan Ramírez/Cristina Sánchez.

Itinerario Integrado de Inserción Socio laboral, Ayuntamiento de Madrid, Madrid

- Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual. ***Concha Colomo. Area de Salud y Consumo. Ayuntamiento de Madrid, Madrid***
- Centro de Asistencia Primaria. ***Carme Ollé. Centro de Asistencia Primaria Drassanes, Barcelona***
- Hospitales. ***Elena del Cacho. Servicio de Farmacia. Hospital Clínico de Barcelona, Barcelona***

11:30 a 12:00 Café

12:00 a 13:00

Prevención de VIH/sida en instituciones penitenciarias. Población inmigrante recluida. ***Ignacio Fernández Martín. Médico de la prisión Madrid 2, Alcalá de Henares***

13:00 a 13:15

Conclusiones de la Reunión ***Carmen Audera. SPNS, Madrid***

-